



## Autorización para la liberación de información de salud protegida

Descripción: Este formulario permite al Condado de Travis usar y divulgar cierta información de salud protegida como se describe a continuación.

### Parte I: ¿A quién se aplica la autorización?

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Últimos 4 de SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Parte II: ¿A quién podemos divulgar la información y con qué propósito?

Autorizo al Condado de Travis \_\_\_\_\_ a usar y divulgar la información de salud descrita en la Parte III en: \_\_\_\_\_ Nombre del Departamento o Programa

Nombre del destinatario: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Número de fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

A efectos de:

<input type="checkbox"/>	Tratamiento/atención continua	<input type="checkbox"/>	Seguro	<input type="checkbox"/>	Escuela
<input type="checkbox"/>	Uso personal	<input type="checkbox"/>	Cuestiones legales	<input type="checkbox"/>	Empleo
<input type="checkbox"/>	Facturación o reclamaciones	<input type="checkbox"/>	Determinación de la discapacidad	<input type="checkbox"/>	Otro _____

**Parte III: ¿Qué información se puede divulgar?** Marque solo los elementos que desea que se divulguen. Si se va a publicar toda la información de salud, marque solo la primera casilla. Tenga en cuenta que sus iniciales o la firma de un menor que consienta<sup>1</sup> pueden ser necesarias para la liberación de algunos de estos elementos.

- |                                                       |                                               |                                                     |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Toda la información de salud | <input type="checkbox"/> Órdenes del médico   | <input type="checkbox"/> Resumen de alta            |
| <input type="checkbox"/> Historia/Examen físico       | <input type="checkbox"/> Informes de consulta | <input type="checkbox"/> Información de facturación |
| <input type="checkbox"/> Drogas pasado/presente       | <input type="checkbox"/> Notas de progreso    | <input type="checkbox"/> Otro _____                 |

Sus iniciales son necesarias para liberar la siguiente información:

\_\_\_\_\_ Mental registros de salud (excluyendo notas de psicoterapia) \_\_\_\_\_ Archivo que contienen información genética  
\_\_\_\_\_ Registros de tratamiento de abuso de drogas, alcohol o sustancias \_\_\_\_\_ Registros que contienen resultados o tratamientos de pruebas de VIH/SIDA

Se requiere la firma de un menor que consienta para divulgar la siguiente información:

\_\_\_\_\_ Registros relacionados con el tratamiento hospitalario, médico o quirúrgico para el embarazo  
\_\_\_\_\_ Registros relacionados con el examen y tratamiento de la adicción, dependencia o uso de drogas o químicos  
\_\_\_\_\_ Registros de consejería relacionados con la prevención del suicidio, la adicción o la dependencia química, o el abuso sexual, físico o emocional

Registros relacionados con el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, contagiosas o transmisibles de declaración obligatoria

**Parte IV: ¿Cuándo expirará esta autorización?**

Esta autorización es válida hasta: (i) la muerte de la persona cuya información va a ser divulgada; ii) la persona alcanza la mayoría de edad; iii) se retira la autorización; o (iv) la próxima fecha específica \_\_\_\_\_ la que ocurra primero.

**Parte V: Información importante**

- Este formulario de autorización no prohíbe que el Condado de Travis divulgue ninguna información de salud protegida según lo permitido por las leyes federales y estatales.
- Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento antes de su fecha de caducidad. Para revocar esta autorización, simplemente notifique por escrito a la dirección establecida en las Instrucciones de envío a continuación.
- La revocación de esta autorización no afectará los usos o divulgaciones que ocurrieron antes de la fecha en que el Condado de Travis recibió la revocación y no será efectiva para revocar las autorizaciones obtenidas como condición para obtener cobertura de seguro si la aseguradora tiene el derecho legal de impugnar un reclamo.
- Una vez que la información de salud protegida se divulga a los destinatarios descritos en la Parte II, la información tiene el potencial de ser divulgada por estos destinatarios y ya no puede ser protegida por la Regla de Privacidad de HIPAA. El Condado de Travis no es responsable de ninguna divulgación adicional por parte de los destinatarios.
- No estoy obligado a firmar esta Autorización para recibir ningún tratamiento de atención médica, para inscribirme en un plan de salud o para ser elegible para los beneficios.

\_\_\_\_\_  
*Firma de la persona (o representante personal)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Si usted es un representante personal de la persona, proporcione su nombre, dirección, número de teléfono, relación con la persona y prueba \* de su estado legal como representante personal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (H) \_\_\_\_\_

(W) \_\_\_\_\_

Relación con el individuo: \_\_\_\_\_

*\*El Condado de Travis aceptará documentación como un testamento ejecutado, un poder notarial o una orden judicial como prueba de su relación legal. También debe proporcionar una identificación válida con foto emitida por el gobierno.*

**Instrucciones de envío**

Complete este formulario y devuélvalo a:

**HIPAA Compliance and Privacy Office**  
**700 Lavaca, Ste. 1500**  
**Austin, TX 78701.**

También puede enviar un formulario escaneado por correo electrónico a: [privacy@traviscountytexas.gov](mailto:privacy@traviscountytexas.gov)

**SOLO PARA USO EN LA  
OFICINA**

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Recibido por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Verificación de la identidad del solicitante:

- Identificación con foto
- Información de identificación
- Firma coincidente
- Otro: \_\_\_\_\_

Si la solicitud fue presentada por un Representante Personal, la autoridad del Representante Personal fue verificada por:

- Testamento ejecutado
- Documentación del poder notarial
- Autorización firmada por el individuo
- Otros: \_\_\_\_\_

Fecha en que se divulgó/publicó la PHI: \_\_\_\_\_

Nota 1: Un menor es una persona menor de 18 años de edad, que no está ni ha estado casada, o que no ha tenido las discapacidades minoritarias eliminadas por el tribunal. Un menor puede dar su consentimiento para recibir tratamiento médico, dental, psicológico / psicológico y quirúrgico en su nombre cuando:

- En servicio activo con las fuerzas armadas;
- A la edad de 16 años o más, el menor reside separado y separado de sus padres y administra sus asuntos financieros.
- El tratamiento es para una enfermedad infecciosa, contagiosa o transmisible que debe ser reportada por ley.
- El niño es soltero y está embarazada y el tratamiento está relacionado con el embarazo;
- El tratamiento es para la adicción o dependencia de drogas y productos químicos; o
- La consejería es para el abuso sexual, físico o emocional, la prevención del suicidio o la adicción o la dependencia química.

Nota 2: Una autorización para la divulgación de notas de psicoterapia debe completarse en un formulario separado y no se puede combinar con otras autorizaciones para la divulgación de información.